# S 20 KA 34/17

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---|---|
| Land | Niedersachsen-Bremen |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen |
| Sachgebiet | Vertragsarztangelegenheiten |
| Abteilung | - |
| Kategorie | Beschluss |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | Ein Vertragsarzt, der die notwendige Genehmigung einer Heilmittelversorgung außerhalb des Regelfalls durch die Krankenkasse vereitelt hat, weil er die Verordnungen lediglich als Folgeverordnung gekennzeichnet hat, muss der Kasse den Schaden ersetzen, der sich aus der unberechtigten Bezahlung der Heilmittelerbringer ergibt. |
| Normenkette | SGB V § 32 Abs 1 S 1 und 2; § 106 Abs 2 S 4 Heilm-RL §§ 7.8 NdsPrüfV 2010 § 33 |

### 1. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 20 KA 34/17 |
| Datum | 13.01.2021 |

### 2. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 3 KA 12/21 |
| Datum | 29.11.2023 |

### 3. Instanz

| | |
|---|---|
| Datum | - |

**Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 13. Januar 2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.**

**Der KlÃ¤ger trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 10.173,75 Euro**

**festgesetzt.**

**Tatbestand**

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die RechtmÃ¤Ãigkeit eines gegen den KlÃ¤ger verhÃ¤ngten Regresses wegen der Verordnung von Heilmitteln in den Quartalen I bis IV/2011.

Der KlÃ¤ger ist Facharzt fÃ¼r Hals-Nasen-Ohren-(HNO-)Heilkunde und nimmt mit Praxissitz in K. an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil. Im Jahr 2011 stellte er fÃ¼r seine bei der Beigeladenen zu 2. versicherten Patienten L. M.. (Diagnose: Zustand nach Apoplex) und N. O.. (Apoplex mit motorischer Aphasie) je sieben Verordnungen Ã¼ber jeweils 10Â MaÃnahmen der Sprechtherapie aus. FÃ¼r die Versicherten der Beigeladenen zu 2. P.Â  Q.. (Zustand nach Apoplex) und R. S.. (Diagnose: frÃ¼hkindlicher Hirnschaden) erfolgten 2011 jeweils vier Verordnungen Ã¼ber je 10Â MaÃnahmen der Sprachtherapie. In allen Verordnungen war das Feld â€Folgeverordnungâ€ angekreuzt, eine medizinische BegrÃ¼ndung der Verordnungen war nicht beigefÃ¼gt. FÃ¼r L. M.. und N. O.. hatte der KlÃ¤ger jeweils im Jahr 2010 in sieben Verordnungen insgesamt schon 70 MaÃnahmen der Sprechtherapie verordnet. FÃ¼r P. Q.. und R. S.. hatte er im selben Jahr jeweils mit sechs Verordnungen bereits insgesamt 60 MaÃnahmen der Sprachtherapie veranlasst.

Alle verordneten Heilmittel wurden von entsprechenden Leistungserbringern erbracht und mit der Beigeladenen zu 2. abgerechnet. Ausgenommen war die Versicherte L. M.., die im September 2011 verstorben war und deshalb auf die Verordnung vom 23.Â August 2011 nur sechs der verordneten Sprechtherapie-MaÃnahmen erhalten konnte.

Am 30. Januar 2013 beantragte die Beigeladene zu 2. bei der PrÃ¼fungsstelle Niedersachsen gegen den KlÃ¤ger die Festsetzung eines Schadens iHv 10.173,75Â Euro. Zur BegrÃ¼ndung machte sie geltend, bei dem jeweils angegebenen IndikationsschlÃ¼ssel sei die HÃ¶chstverordnungsmenge innerhalb des Regelfalls Ã¼berschritten worden, die Verordnung sei deshalb auÃerhalb des Regelfalls ausgestellt worden und hÃ¤tte von der Krankenkasse genehmigt werden mÃ¼ssen. Bei einigen Verordnungen seien Ãnderungen und ErgÃ¤nzungen ohne erneute Arztunterschrift mit Datumsangabe erfolgt bzw der IndikationsschlÃ¼ssel stehe nicht in Ãbereinstimmung mit der angegebenen Diagnose.

Der KlÃ¤ger gab in seiner Stellungnahme vom 21. MÃ¤rz 2013 an, bei allen Verordnungen habe es sich â€selbstverstÃ¤ndlich um Verordnungen â€auÃerhalb des Regelfallsâ€â€ gehandelt und es sei vergessen worden, das Kreuz bei dieser Rubrik zu setzen. AuÃerdem sei ihm mit Schreiben der Beigeladenen zu 2. vom 19.Â Dezember 2012 mitgeteilt worden, dass diese seit dem 1.Â Juli 2004 das Genehmigungsverfahren fÃ¼r Verordnungen auÃerhalb des Regelfalls nicht mehr als erforderlich ansehe.

Die PrÃ¼fungsstelle setzte mit Bescheid vom 6. Mai 2014 den beantragten Regress

fest und bejahte zur BegrÃ¼ndung alle von der Beigeladenen zu 2. geltend gemachten VerstÃ¶Ãe gegen die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL).

Hiergegen hat der KlÃ¤ger mit Schriftsatz vom 21. Mai 2014 Klage erhoben, die am 26.Â Mai 2014 beim Sozialgericht (SG) Hannover eingegangen ist. Der angefochtene Bescheid sei rechtswidrig, weil die medizinische Indikation und die zwingende Notwendigkeit der verordneten Heilmittel nach AusschÃ¶pfen der fÃ¼r den Regelfall vorgesehenen Verordnungsmenge unstreitig gegeben gewesen seien. Ein angebliches Fehlen der MÃ¶glichkeit der Krankenkasse, die Verordnungen zu prÃ¼fen, kÃ¶nne deshalb nicht als Argument fÃ¼r einen Regress herangezogen werden. Selbst wenn er das Kreuz an der Stelle â□□auÃerhalb des Regelfallsâ□□ gesetzt hÃ¤tte, wÃ¤re die Krankenkasse nach PrÃ¼fung der Verordnung zwingend zum Schluss gekommen, dass die Folgeverordnung genehmigt werde. Es sei unverhÃ¤ltnismÃ¤Ãig, dass der Vertragsarzt wegen eines FormverstoÃes Schadensersatz an die Krankenkasse zahlen mÃ¼sse, obwohl tatsÃ¤chlich kein wirtschaftlicher Schaden entstanden sei. Inhaltlich handele es sich bei der Verordnung fÃ¼r den Patienten P. Q.. nicht um Sprachtherapie, sondern um Sprechtherapie. Soweit in Hinblick auf die handschriftlichen Eintragungen und den angegebenen DiagnoseschlÃ¼ssel ein formelles Versehen vorgelegen habe, die Diagnose allerdings die Verordnung des Heilmittels rechtfertige, sei ein Regress nicht gerechtfertigt.

Das SG hat das Klageverfahren zwischenzeitlich bis zur Entscheidung des Beklagten Ã¼ber den Widerspruch des KlÃ¤gers ausgesetzt (Beschluss vom 15.Â Juli 2015). Mit â□□ an den KlÃ¤ger adressierten â□□ Bescheid vom 7.Â Februar 2017 hat der Beklagte den Regress iHv 10.173,75Â Euro bestÃ¤tigt. Der KlÃ¤ger habe mit den streitbefangenen Verordnungen die HeilM-RL verletzt. Denn es verstoÃe gegen diese Richtlinie, wenn im Jahr 2010 bereits die fÃ¼r den jeweiligen IndikationsschlÃ¼ssel maÃgebliche Gesamtverordnungsmenge erbracht worden sei und fÃ¼r 2011 weitere entsprechende Heilmittel ohne besondere Kennzeichnung, medizinische BegrÃ¼ndung und Genehmigung durch die Krankenkasse veranlasst worden seien. Bei einzelnen Verordnungen sei auÃerdem nicht berÃ¼cksichtigt worden, dass erst ein behandlungsfreies Intervall von zwÃ¶lf Wochen einen neuen Regelfall auslÃ¶sen kÃ¶nne. Bei einzelnen Verordnungen seien ferner handschriftliche VerÃ¤nderungen vorgenommen worden, ohne dass erneut der Arztstempel sowie die Arztunterschrift mit Datumsangabe aufgebracht worden seien. SchlieÃlich passten angegebene Diagnosen nicht zum in der Verordnung aufgefÃ¼hrten IndikationsschlÃ¼ssel. Eine MÃ¶glichkeit, formfehlerfreie Heilmittelverordnungen nachzureichen, bestehe nicht, weil dies mit dem Sinn und Zweck der Dokumentationspflichten des verordnenden Arztes nicht zu vereinbaren sei. Ein Schaden sei vorliegend bereits durch die Verletzung des formellen Rechts in HÃ¶he der getÃ¤tigten Verordnungen entstanden. Ein rechtmÃ¤Ãiges Alternativverhalten spiele nach der Rspr des Bundessozialgerichts (BSG) keine Rolle. Eine VerordnungsfÃ¤higkeit aufgrund der vom Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) im Beschluss vom 6.Â Dezember 2005 (Az: 1 BvR 347/98) aufgestellten Kriterien komme mangels Vorliegens der erforderlichen Voraussetzungen nicht in Betracht.

Der KlÃ¤ger hat seine Klage im Anschluss allein gegen den Bescheid vom 7. Februar 2017 gerichtet und ergÃ¤nzend vorgetragen, er kÃ¶nne nicht Adressat dieses Bescheides sein, weil die Praxis im Jahr 2011 faktisch von der (bis Ende 2011 bestehenden) T. (U.) GmbH betrieben worden und er nur scheinselbststÃ¤ndig gewesen sei. Hintergrund hierfÃ¼r sei, dass er sich von 1999 bis Anfang 2011 in Insolvenz befunden habe (ErÃ¶ffnung des Insolvenzverfahrens am 1.Â MÃ¤rz 1999, Beendigung am 2.Â Februar 2011), sodass sich die Forderungen gegen die Insolvenzmasse richten mÃ¼ssten. AuÃerdem sei im Jahr 2013 eine Restschuldbefreiung erteilt worden, sodass Forderungen fÃ¼r 2011 zumindest nicht mehr vollstreckbar seien. Der Regressbescheid sei auÃerdem unverhÃ¤ltnismÃ¤Ãig und ihm mÃ¼sse Gelegenheit gegeben werden zu beweisen, dass der Krankenkasse kein Schaden entstanden sei, auch indem ihm die MÃ¶glichkeit zur Korrektur der bisherigen formalen Fehler und die Darlegung der medizinischen BegrÃ¼ndung fÃ¼r die auÃerhalb des Regelfalls liegenden Verordnungen gegeben werde. Das Vorliegen einer langfristigen Erkrankung der Versicherten R. S.. sei der beigeladenen Krankenkasse im Ãbrigen seit 2012 bekannt gewesen. Wenn die Krankenkasse die rechtzeitige Anmeldung ihrer Forderungen im Insolvenzverfahren versÃ¤umt habe, trage sie hierfÃ¼r selbst die Verantwortung. SchlieÃlich hat der KlÃ¤ger die Verletzung der GrundsÃ¤tze des fairen Verfahrens und der GewÃ¤hrung rechtlichen GehÃ¶rs sowie der BegrÃ¼ndungspflicht fÃ¼r belastende Bescheide gerÃ¼gt.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 13. Januar 2021 abgewiesen. FÃ¼r die beanstandeten Verordnungen habe keine Leistungspflicht der Krankenkasse bestanden. Denn der KlÃ¤ger habe damit gegen die Vorgaben der HeilM-RL verstoÃen. Auf ein Verschulden des Arztes komme es in diesem Zusammenhang nicht an. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne auch nicht einwenden, dass die Verordnungen von den PrÃ¼fgremien inhaltlich nicht geprÃ¼ft worden seien, er also davon ausgehen kÃ¶nne, dass die Verordnungen in der Sache berechtigt gewesen seien und der antragstellenden Krankenkasse auch bei Einhaltung der formalen Vorgaben der HeilM-RL entsprechende Kosten entstanden wÃ¤ren. Denn nach der Rspr des BSG liege ein zur Festsetzung eines Regresses berechtigender Schaden schon immer dann vor, wenn durch die Pflichtverletzung des Arztes im konkreten Einzelfall Kosten entstanden seien. Es sei auch kein Raum, einen VerstoÃ gegen Gebote und Verbote, die nicht bloÃe Ordnungsvorschriften betreffen, durch BerÃ¼cksichtigung eines hypothetischen alternativen Geschehensablaufs als unbeachtlich anzusehen. Einem vom KlÃ¤ger in der mÃ¼ndlichen Verhandlung hilfsweise gestellten Beweisantrag in Hinblick auf die Rspr des BVerfG vom 6.Â Dezember 2005 (1 BvR 347/98) sei deshalb nicht weiter nachzugehen gewesen. Der KlÃ¤ger kÃ¶nne der angegriffenen Entscheidung auch nicht mit Erfolg das durchgefÃ¼hrte Insolvenzverfahren entgegenhalten, weil Arzneikostenregresse gegen einen Vertragsarzt aus einer Zeit, in der der Arzt die Praxis nach ErÃ¶ffnung des Insolvenzverfahrens mit Billigung des Insolvenzverwalters fortgefÃ¼hrt habe, nach der Rspr des BSG (Hinweis auf Urteil vom 15.Â Juli 2015 â B 6 KA 30/14 R, SozR 4-2500 Â§Â 106 NrÂ 50) keine Masseverbindlichkeiten seien. Der KlÃ¤ger sei zum Zeitpunkt der streitigen Verordnungen auch zulÃ¤ssiger Leistungserbringer und nicht bloÃ angestellter Arzt gewesen. Eine von ihm vorgetragene Teilnahme einer GmbH an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung sei zum damaligen Zeitpunkt nicht

mÃ¶glich gewesen.

Gegen das an ihn am 15. Januar 2021 abgesandte (und ihm am 25. Februar 2021 zugestellte) Urteil hat der KlÃ¤ger mit Schriftsatz vom 9.Â Februar 2021 Berufung eingelegt, die am 11.Â Februar 2021 beim Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingegangen ist. Er ist weiterhin der Auffassung, dass die von ihm ausgestellten Verordnungen angesichts der schweren Erkrankungen bzw Behinderungen der betroffenen Patienten erforderlich gewesen seien. Er habe bereits in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG darauf verwiesen, dass bei der besonderen Schwere der Krankheitslage der Patienten deren Grundrecht auf Leben und kÃ¶rperliche Unversehrtheit einen hÃ¶heren Stellenwert einnehme als ein VerstoÃ gegen Formvorschriften. Seinem sich darauf und auf die entsprechende BVerfG-Rspr beziehenden Beweisantrag sei das SG zu Unrecht nicht nachgegangen. Die Frage der Notwendigkeit von Verordnungen kÃ¶nne ausschlieÃlich vom Arzt beantwortet werden, mangels Fachkenntnissen aber nicht vom Beklagten, der Krankenkasse oder dem Gericht. Die hier betroffenen Formvorschriften der HeilM-RL hÃ¤tten keine Gesetzeskraft, sondern basierten auf untergesetzlichen Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), dessen demokratische Legitimation insoweit zu hinterfragen sei. Im Ãbrigen betrÃ¤fen die ihm vorgeworfenen VersÃ¤umnisse bloÃe Ordnungsvorschriften, deren Verletzung keine RegressansprÃ¼che begrÃ¼ndeten. Die vom SG herangezogene BSG-Rspr zu Â§Â 35 AbsÂ 2 und 3 Insolvenzordnung (InsO) sei nach der Ãnderung dieser Vorschriften im Jahr 2007 nicht mehr einschlÃ¤gig. Wenn das SG schlieÃlich zur frÃ¼heren Betreibergesellschafterpraxis darauf verwiesen habe, dass die Teilnahme einer GmbH an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung erst aufgrund eines Ende 2006 eingefÃ¼hrten Gesetzes mÃ¶glich gewesen sei, verkenne es, dass bereits seit dem Jahr 2000 eine GmbH (die bis 2005 bestehende Pro-Vita-Medici GmbH) in seiner Praxis tÃ¤tig gewesen sei.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 13. Januar 2021 und den Bescheid des Beklagten vom 7. Februar 2017 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Er hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend.

Die Beigeladenen stellen keinen Antrag.

Die Beigeladene zu 1. vertritt die Auffassung, dass die Voraussetzungen einer ausnahmsweise gegebenen Leistungspflicht in FÃ¤llen schwerwiegender Erkrankungen nach der Rspr des BVerfG nicht gegeben seien. Die VertragsÃ¤rzte seien zur Beachtung der Vorgaben der HeilM-RL verpflichtet. Wenn der GBA diese Richtlinien beschlossen habe, stehe dessen Legitimation zur Ausgestaltung der LeistungsansprÃ¼che der Versicherten nicht infrage. Informationen zu einer

Betreibergesellschafterpraxis lÃ¤gen nicht vor; vielmehr sei der KlÃ¤ger gegenÃ¼ber der Beigeladenen zu 1. immer selbst als Inhaber einer Einzelpraxis aufgetreten. Da reine Formfehler auf der Verordnung einen Regress nach sich ziehen kÃ¶nnten, bestehe allerdings ein nachvollziehbares und legitimes Interesse, dass verordnende Ãrzte vor der spÃ¤ten Einleitung von PrÃ¼fverfahren von Seiten der Krankenkasse einen entsprechenden Hinweis erhielten.

Die Beigeladene zu 2. schlieÃt sich der Auffassung des Beklagten an und verweist darauf, dass streitgegenstÃ¤ndlich die formalen VerstÃ¶Ãe des KlÃ¤gers gegen Vorgaben der HeilM-RL bei Ausstellung der Verordnungen seien, nicht aber die medizinische Notwendigkeit der Verordnungen oder das Leistungsrecht der Krankenkasse gegenÃ¼ber ihren Versicherten. Hinsichtlich der Legitimation des GBA zum Erlass von Richtlinien und der QualitÃ¤t dieser Richtlinien werde auf die einschlÃ¤gige BSG-Rspr verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen.

**EntscheidungsgrÃ¼nde**

Die Berufung des KlÃ¤gers bleibt ohne Erfolg.

A. Das Rechtsmittel ist zulÃ¤ssig. Es konnte insbesondere â am 11.Â Februar 2021 â schon vor Beginn der Berufungsfrist eingelegt werden, die gemÃ¤Ã Â§Â 151 AbsÂ 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erst mit der Zustellung des Urteils durch Postzustellungsurkunde vom 25.Â Februar 2021 in Lauf gesetzt worden ist *(Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14.Â Aufl 2023, Â§Â 151 RnÂ 9).*

B. Die Berufung ist jedoch unbegrÃ¼ndet. Das SG hat die Klage vom 21.Â Mai 2014 zu Recht abgewiesen.

I. UrsprÃ¼nglicher Klagegegenstand war zwar der Bescheid der PrÃ¼fungsstelle vom 6.Â Mai 2014. Nachdem der Beklagte jedoch im Verlauf des Klageverfahrens Ã¼ber den â in der Klage liegenden â Widerspruch des KlÃ¤gers hiergegen mit Bescheid vom 7.Â Februar 2017 entschieden hat, ist dieser Bescheid nach Â§Â 95 SGG zum alleinigen Gegenstand des Verfahrens geworden *(vgl BSG, Urteil vom 11.Â Mai 2011 â B 6 KA 13/10 R, SozR 4-2500 Â§Â 106 NrÂ 32)*. Dem hat der KlÃ¤ger zutreffend dadurch Rechnung getragen, dass er mit erstinstanzlichem Schriftsatz vom 14.Â Februar 2017 die Klage geÃ¤ndert und wegen des genannten Bescheids ausschlieÃlich gegen den Beklagten gerichtet hat.

II. Die Klage ist als Anfechtungsklage gemÃ¤Ã Â§Â 54 Abs 1 SGG statthaft und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig.

III. Sie ist jedoch unbegrÃ¼ndet. Der Bescheid vom 7. Februar 2017 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten.

1. Formalrechtlich ist der Bescheid nicht zu beanstanden. Insbesondere ist er zu Recht an den KlÃ¤ger adressiert worden. Soweit der KlÃ¤ger demgegenÃ¼ber Bedenken in Hinblick auf das frÃ¼her durchgefÃ¼hrte Insolvenzverfahren geltend gemacht hat, kÃ¶nnen diese nicht nachvollzogen werden. Denn eine Verpflichtung des Beklagten, den vorliegenden Bescheid vom 7.Â Februar 2017 (auf der Grundlage von Â§Â 80 AbsÂ 1 InsO) an den Insolvenzverwalter zu richten, bestand schon deshalb nicht, weil das Insolvenzverfahren nach dem eigenen Vorbringen des KlÃ¤gers bereits am 2.Â Februar 2011 beendet worden ist. Auch die U. GmbH kommt als Adressat des Bescheids unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt in Betracht, weil sie â□□ ebenfalls nach den Angaben des KlÃ¤gers â□□ ihren GeschÃ¤ftsbetrieb schon zum 31.Â Dezember 2011 eingestellt hatte.

2. Auch in der Sache ist der Bescheid rechtmÃ¤Ã□ig. Die Entscheidung des Beklagten, gegen den KlÃ¤ger einen Regress iHv 10.173,75Â Euro festzusetzen, entspricht der Rechtslage.

a) Rechtsgrundlage hierfÃ¼r ist Â§ 106 Abs 2 S 4 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGBÂ V) *(idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.Â November 2003 )*, wonach die VerbÃ¤nde der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen (KÃ□Ven) Ã¼ber die in SÂ 1 vorgesehenen AuffÃ¤lligkeits- und ZufÃ¤lligkeitsprÃ¼fungen hinaus PrÃ¼fungen Ã¤rztlicher und Ã¤rztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene PrÃ¼fungen vereinbaren kÃ¶nnen. Hierzu gehÃ¶rt auch die PrÃ¼fung, ob der Vertragsarzt im Einzelfall gegen Richtlinien des GBA gemÃ¤Ã□ Â§Â 92 SGBÂ V â□□ hier: HeilM-RL gemÃ¤Ã□ Â§Â 92 AbsÂ 1 SÂ 2 NrÂ 6 SGBÂ V â□□ verstoÃ□en hat *(BSG, Urteil vom 13.Â August 2014 â□□ B 6 KA 38/13 R, SozR 4-2500 Â§Â 106 NrÂ 47)*. Dass die PrÃ¼fgremien in Niedersachsen derartige EinzelfallprÃ¼fungen durchzufÃ¼hren haben, ergibt sich fÃ¼r den hier fraglichen Verordnungszeitraum aus Â§Â 33 SÂ 1 der niedersÃ¤chsischen â□□Vereinbarung zur PrÃ¼fung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung gemÃ¤Ã□ Â§Â 106 SGBÂ V ab dem Jahr 2010â□□ (PrÃ¼fV), wonach die PrÃ¼fungsstelle auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Vertragspartners in begrÃ¼ndeten FÃ¤llen prÃ¼ft, ob der Vertragsarzt unwirtschaftliche Arznei- bzw Heilmittelanwendungen veranlasst hat. Unwirtschaftliche Arznei- bzw Heilmittelanwendungen sind dabei â□□ nach der Ã¼berzeugenden stÃ¤ndigen Rspr des BSG *(Urteil vom 6.Â Mai 2009 â□□ B 6 KA 3/08 R, juris; Urteil vom 3.Â Februar 2010 â□□ B 6 KA 37/08 R, SozR 4-2500 Â§Â 106 NrÂ 26; Urteil vom 30.Â Oktober 2013 â□□ B 6 KA 2/13Â R, SozR 4-2500 Â§Â 106 NrÂ 43)* â□□ auch solche, auf die der Versicherte keinen Anspruch hat, weil die hierauf gerichteten Verordnungen nach dem Gesetz oder den aufgrund von Â§Â 92 SGBÂ V erlassenen Richtlinien unzulÃ¤ssig sind.

b) Die in Â§ 33 S 2 PrÃ¼fV vorgesehene Antragsfrist von zwei Jahren nach Ablauf des Verordnungsquartals ist mit dem am 30. Januar 2013 gestellten Antrag der Beigeladenen zu 2. fÃ¼r alle hier betroffenen Quartale gewahrt, nachdem das erste Verordnungsquartal I/2011 am 31. MÃ¤rz 2011 abgelaufen ist.

c) Die streitbefangenen Verordnungen sind auch unzulÃ¤ssig. Der KlÃ¤ger hat in den Quartalen I bis IV/2011 Heilmittel (MaÃ□nahmen der Sprech- und

Sprachtherapie) im Wert von 10.173,75Â Euro verordnet, auf die die betroffenen Patienten keinen Anspruch hatten.

aa) Der Anspruch auf Heilmittel ist in Â§ 32 SGB V nur im Sinne eines Rahmenrechts geregelt, das â insbesondere in Hinblick auf die Art und die Menge der zu beanspruchenden Heilmittel â noch durch weitere Normen konkretisiert werden muss *(BSG, Urteil vom 16.Â Dezember 1993 â* 4 RK 5/92, SozR 3-2500 Â§Â 13 NrÂ 4 *S 17 ff)*. Hierzu gehÃ¶ren insbesondere die HeilM-RL, die auf der Grundlage von Â§Â 92 AbsÂ 1 NrÂ 6 und AbsÂ 6 SGBÂ V vom GBA zu beschlieÃen sind und auf die Â§Â 32 AbsÂ 1 SÂ 2 SGBÂ V ausdrÃ¼cklich verweist. Die in den Richtlinien enthaltenen Regelungen sind gemÃ¤Ã Â§Â 91 AbsÂ 6 SGBÂ V fÃ¼r Kassen, Versicherte und Leistungserbringer (wie VertragsÃ¤rzte) verbindlich. Soweit der KlÃ¤ger Zweifel daran Ã¤uÃert, dass der GBA fÃ¼r eine derartige verbindliche Normsetzung demokratisch legitimiert ist, kann dem mit der Ã¼berzeugenden Rspr des BSG nicht beigepflichtet werden. Das BSG hat die diesbezÃ¼gliche demokratische Legitimation des GBA grundsÃ¤tzlich im Urteil vom 20.Â MÃ¤rz 1996 *(*6 RKa 62/94*,* SozR 3-2500 Â§Â 92 NrÂ 6*)* bejaht und dies aktuell gerade in Hinblick auf die HeilM-RL bestÃ¤tigt *(Urteil vom 16.Â MÃ¤rz 2017 â* B 3 KR 24/15 R*, SozR 4-2500 Â§Â 125 NrÂ 9, auch in Hinblick auf den Beschluss des BVerfG vom 10.Â November 2015 â* 1 BvR 2056/12*,* BVerfGE 140, 229*)*.

bb) (1) Nach dem Ersten Teil der im Jahr 2011 geltenden HeilM-RL war jeder der im Zweiten Teil (Heilmittelkatalog) festgelegten Diagnosengruppen eine bestimmte Gesamtverordnungsmenge je Heilmittel zugeordnet, die â als Versorgung fÃ¼r den Regelfall â die Anzahl der Anwendungen begrenzte, die der behandelnde Vertragsarzt nach den allein von ihm zu beurteilenden Erfordernissen des Einzelfalls â als Erst- und sodann als Folgeverordnung â verordnen konnte *(fÃ¼r die Quartale I und II/2011: NrÂ 11 der Heilmittel-Richtlinien idF vom 1.Â Dezember 2003 bzw 16.Â MÃ¤rz 2004, BAnz 2004 NrÂ 106a, zuletzt geÃ¤ndert am 21.Â Dezember 2004, BAnz 2005, SÂ 4995 ; fÃ¼r die Quartale III und IV/2011: Â§Â 7 HeilM-RL idF vom 20.Â Januar 2011 bzw 19.Â Mai 2011, BAnz 2011, SÂ 2247 )*. LieÃ sich die Behandlung mit der nach MaÃgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschlieÃen, waren weitere Verordnungen (als Verordnungen auÃerhalb des Regelfalls) mÃ¶glich. Diese bedurften jedoch einer besonderen BegrÃ¼ndung mit prognostischer EinschÃ¤tzung. AuÃerdem hatte der Vertragsarzt stÃ¶rungsbildabhÃ¤ngig eine weiterfÃ¼hrende Diagnostik durchzufÃ¼hren, um auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der TherapiefÃ¤higkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzufÃ¼hren oder andere MaÃnahmen einzuleiten *(NrÂ 11.3 und 11.4 HeilM-RL aF; Â§Â 8 AbsÂ 1 und AbsÂ 3 HeilM-RL nF)*. Die begrÃ¼ndungspflichtigen Verordnungen waren der zustÃ¤ndigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen, es sei denn, diese hatte auf die Vorlage verzichtet *(NrÂ 11.5 HeilM-RL aF; Â§Â 8 AbsÂ 4 HeilM-RL nF)*. Aus dem Zusammenhang dieser Regelungen folgt, dass der Versicherte bei einer Versorgung auÃerhalb des Regelfalls eine weitere Heilmittelbehandlung nur beanspruchen konnte, wenn diese von der Krankenkasse genehmigt worden war *(LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 15.Â November 2013 â* L 4 KR 2784/13*, juris; vgl auch nÃ¤her SG DÃ¼sseldorf, Urteil vom 5.Â MÃ¤rz 2008 â* S 2 KA 62/07*,*

*juris).* Heilmittelverordnungen auÃerhalb des Regelfalls waren bis auf die in den Richtlinien genannten Ausnahmen demnach nicht zulÃ¤ssig *(BSG, Urteil vom 13.Â September 2011 â B 1 KR 23/10 R, SozR 4-2500 Â§Â 125 NrÂ 7)*.

Diese Rechtslage hat sich grundlegend erst mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6.Â Mai 2019 *(BGBl I 646)* mit Wirkung vom 11.Â Mai 2019 geÃ¤ndert. Â§Â 32 AbsÂ 1b SGB V sieht nunmehr vor, dass Verordnungen, die Ã¼ber die in der HeilM-RL geregelten orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, keiner Genehmigung durch die Krankenkasse mehr bedÃ¼rfen. Stattdessen regelt Â§Â 32 AbsÂ 1a SGBÂ V *(idF des GKV-VersorgungsstÃ¤rkungsgesetzes vom 16.Â Juli 2015 Â )*, dass der GBA die Einzelheiten eines Genehmigungsverfahrens fÃ¼r einen langfristigen Heilmittelbedarf zu regeln hat.

(2) Der KlÃ¤ger hat mit den streitbefangenen Verordnungen die genannten Vorgaben der HeilM-RL verletzt.

Der Heilmittelkatalog sah nach den HeilM-RL aF und nF fÃ¼r die vom KlÃ¤ger im Fall der Patienten P. Q.. und R. S.. angefÃ¼hrten Diagnosengruppen SP1 und SP5 fÃ¼r Sprachtherapie-Anwendungen eine Regelversorgung von bis zu 60 Einheiten vor. Diese Gesamtverordnungsmenge hatte der KlÃ¤ger fÃ¼r beide Patienten unstreitig aber bereits im Jahr 2010 ausgeschÃ¶pft. FÃ¼r die Patienten L. M.. und N. O.. war der KlÃ¤ger von der Diagnosengruppe SP5 ausgegangen und hat MaÃnahmen der Sprechtherapie verordnet. Dies widersprach dem Heilmittelkatalog bereits deshalb, weil dieser fÃ¼r die Gruppe SP5 als Heilmittel lediglich die Sprachtherapie vorsieht. UnabhÃ¤ngig davon betrÃ¤gt die entsprechende Gesamtverordnungsmenge fÃ¼r den Regelfall maximal 60 Behandlungseinheiten. Diesen Umfang hatte der KlÃ¤ger bereits im Jahr 2010 Ã¼berschritten, indem er jeweils insgesamt 70 Behandlungseinheiten verordnet hat.

Nach den oa Regelungen der HeilM-RL hÃ¤tte der KlÃ¤ger bei den auch im Jahr 2011 weiterhin ausgestellten Verordnungen fÃ¼r Sprech- bzw Sprachtherapie deshalb die Rubrik â Verordnung auÃerhalb des Regelfallsâ ankreuzen und den Verordnungen auÃerdem eine medizinische BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Erforderlichkeit der Therapiefortsetzung beifÃ¼gen mÃ¼ssen. Stattdessen hat er die Verordnungen als â Folgeverordnungâ innerhalb des Regelfalls gekennzeichnet und eine BegrÃ¼ndung fÃ¼r weitere Verordnungen unterlassen.

Diese unrichtige Bearbeitungsweise kann er nicht damit rechtfertigen, dass die Beigeladene zuÂ 2. das Genehmigungsverfahren fÃ¼r Verordnungen auÃerhalb des Regelfalls als nicht mehr erforderlich angesehen habe. Eine entsprechende Praxis der Beigeladenen zu 2. hat sich ausweislich des vom KlÃ¤ger der PrÃ¼fungsstelle vorgelegten Schreibens der Krankenkasse vom 19.Â Dezember 2012 frÃ¼hestens auf das Jahr 2012 bezogen, sodass sich an der Erforderlichkeit einer Genehmigung fÃ¼r das Jahr 2011 noch nichts geÃ¤ndert hatte.

d) aa) Infolge der unrichtigen Kennzeichnung der Verordnung als

â□□Folgeverordnungenâ□□ â□□ dh als Verordnungen im Regelfall â□□ und des Unterlassens einer besonderen BegrÃ¼ndung mit prognostischer EinschÃ¤tzung ist die Einholung der Genehmigung der zu 2. beigeladenen Krankenkasse unterblieben. Zugunsten der vier Patienten des KlÃ¤gers sind deshalb logopÃ¤dische BehandlungsmaÃ□nahmen auf Kosten der Beigeladenen zu 2. erbracht worden, auf die die Versicherten keinen Anspruch hatten und zu deren Erbringung als Sachleistung (Â§Â 2 AbsÂ 2 SÂ 1 SGBÂ V) die Beigeladene zu 2. nicht verpflichtet gewesen ist. Der ihr hierdurch entstandene VermÃ¶gensnachteil ist Gegenstand der vorliegenden Regressverpflichtung des KlÃ¤gers.

bb) In diesem Zusammenhang muss der Senat nicht nÃ¤her auf die Rspr des LSG Berlin-Brandenburg eingehen, nach dessen Auffassung die PrÃ¼fgremien in FÃ¤llen der vorliegenden Art trotz fehlender Genehmigung der Krankenkasse in der Sache zu prÃ¼fen haben, ob der verordnende Vertragsarzt die Voraussetzungen eines Heilmittelanspruchs auÃ□erhalb des Regelfalls ausreichend begrÃ¼nden kann *(LSG Berlin-Brandenburg, Urteile vom 28.Â November 2018 â□□ L 7 KA 29/15 und L 7 KA 63/16, jeweils juris)*. Denn auch das LSG Berlin-Brandenburg geht *(aaO)* davon aus, dass eine derartige PrÃ¼fung auf das Verwaltungsverfahren vor der PrÃ¼fungsstelle bzw dem Beschwerdeausschuss beschrÃ¤nkt sein muss und es dem Vertragsarzt verwehrt ist, erst im Gerichtsverfahren nÃ¤here Darlegungen zu den GrÃ¼nden der fortdauernden Behandlungsnotwendigkeit zu machen. Eine nÃ¤here BegrÃ¼ndung dafÃ¼r, dass im Fall der vier Patienten eine Versorgung auÃ□erhalb des Regelfalls erforderlich gewesen ist, hat der KlÃ¤ger aber zu keinem Zeitpunkt nachgeholt. Vielmehr hat er noch in der KlagebegrÃ¼ndung â□□ die im Rahmen der Nachholung des Vorverfahrens noch als Vorbringen gegenÃ¼ber dem beklagten Beschwerdeausschuss zu sehen ist â□□ lediglich ausgefÃ¼hrt, die medizinische Indikation und die â□□daher gegebene zwingende Notwendigkeit der Heilmittelâ□□ sei â□□unstreitig gegebenâ□□.

Â cc) Angesichts dessen, dass der KlÃ¤ger aus den angefÃ¼hrten GrÃ¼nden das notwendige Genehmigungsverfahren vereitelt hat und der Beigeladenen zu 2. hierdurch ein Schaden entstanden ist, muss der Senat nicht mehr entscheiden, ob auch die weiteren von ihr gerÃ¼gten Fehler (Ã□nderungen und ErgÃ¤nzungen von Heilmittelverordnungen bzw Angabe eines falschen IndikationsschlÃ¼ssels) vorliegen und ebenfalls zur VermÃ¶gensnachteilen bei der Beigeladenen zu 2. gefÃ¼hrt haben.

e) Dadurch, dass durch das Verhalten des KlÃ¤gers die Einholung der erforderlichen Genehmigung fÃ¼r die streitbefangenen Heilmittel vereitelt worden ist, kommt es auch nicht darauf an, ob die Voraussetzungen der BVerfG-Rspr zur grundrechtsorientierten Leistungsauslegung *(Beschluss vom 6.Â Dezember 2005 â□□ 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 29Â ff; sogenannter Nikolausbeschluss)* vorliegen. Selbst wenn man dieser Rechtsprechung entnehmen wollte, dass auch quantitative Leistungsbegrenzungen in der Gestalt zusÃ¤tzlicher Genehmigungserfordernisse das durch ArtÂ 2 AbsÂ 1 Grundgesetz (GG) geschÃ¼tzte Recht auf Leben und kÃ¶rperliche Unversehrtheit verletzen kÃ¶nnen, liegen die Voraussetzungen fÃ¼r einen aus GrÃ¼nden des Grundrechtschutzes folgenden Wegfall der Genehmigungspflicht nicht vor. Denn hierfÃ¼r wÃ¤re in jedem Fall erforderlich,

dass der jeweilige Versicherte an einer lebensbedrohlichen oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlichen oder zumindest wertungsmÃ¤Ãig vergleichbaren Erkrankung leidet *(BVerfG aaO)*. WertungsmÃ¤Ãig vergleichbar mit einer solchen Erkrankung ist der wahrscheinlich drohende Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen kÃ¶rperlichen Funktion innerhalb eines kÃ¼rzeren Ã¼berschaubaren Zeitraums *(BSG, Urteil vom 19.Â MÃ¤rz 2020 â B 1 KR 22/18 R, juris; Urteil vom 24.Â Januar 2023 â B 1 KR 7/22 R, juris)*. Vorliegend fehlt es aber an einem derartigen lebensbedrohlichen Krankheitsbild, weil bei den Versicherten P. Q.., N. O.. und L. M.. ein Zustand nach Apoplex und bei der Patientin R. S.. ein frÃ¼hkindlicher Hirnschaden diagnostiziert worden war, ohne dass sich hieraus Anzeichen fÃ¼r eine akute LebensgefÃ¤hrdung ergeben. Auch dafÃ¼r, dass ohne die hier verordneten Heilmittel auÃerhalb des Regelfalls ein drohender Verlust der Sprech- oder SprachfÃ¤higkeit drohte, liegen keinerlei Anhaltspunkte vor. Weitere PrÃ¼fungen oder Ermittlungen zu den Voraussetzungen nach dem sogenannten Nikolaus-Beschluss sind deshalb nicht veranlasst und vom erstinstanzlichen Gericht zu Recht abgelehnt worden.

f) Ob dem KlÃ¤ger in Hinblick auf die festgestellten Falschverordnungen ein Verschulden trifft, ist rechtlich unerheblich. Denn ein Verschuldenserfordernis besteht im Rahmen von Verordnungsregressen gemÃ¤Ã Â§Â 106 SGBÂ V nach st Rspr des BSG *(Urteil vom 14.Â MÃ¤rz 2001 âÂ* BÂ 6Â KA 19/00 R, SozR 3-2500 Â§Â 106 NrÂ 52*; Urteil vom 6.Â Mai 2009 â* B 6 KA 3/08 R*, juris)* nicht.

g) aa) Der KlÃ¤ger kann sich nicht darauf berufen, der Beigeladenen zu 2. sei kein Schaden entstanden, weil sie die weiteren Verordnungen fÃ¼r die Quartale I bis IV/2011 hÃ¤tte genehmigen mÃ¼ssen, wenn das Genehmigungsverfahren ordnungsgemÃ¤Ã durchgefÃ¼hrt worden wÃ¤re. Bereits das SG hat insoweit zutreffend darauf hingewiesen, dass der durch unrechtmÃ¤Ãige Ã¤rztliche Verordnungen eingetretene Schaden nicht dadurch infrage gestellt wird, dass der Krankenkasse der Versicherten bei einer rechtmÃ¤Ãigen Verordnung unter UmstÃ¤nden dieselben oder gar hÃ¶here Kosten entstanden wÃ¤ren. Auf die diesbezÃ¼glichen GrÃ¼nde des erstinstanzlichen Urteils *(vgl S 11 des Urteilsumdrucks)* weist der Senat ausdrÃ¼cklich hin, macht sich diese Darlegungen zu eigen und sieht insoweit gemÃ¤Ã Â§Â 153 AbsÂ 2 SGG von einer weiteren BegrÃ¼ndung ab.

bb) Der Regressverpflichtung des KlÃ¤gers kÃ¶nnte im Ãbrigen auch nicht entgegengehalten werden, dass die Beigeladene zu 2. die ihr von den Leistungserbringern in Rechnung gestellten Kosten fÃ¼r die erbrachten Sprech- bzw Sprachtherapien nicht hÃ¤tten zahlen mÃ¼ssen. Ein VergÃ¼tungsanspruch der Leistungserbringer (hier: der LogopÃ¤den) gegenÃ¼ber der Krankenkasse kÃ¶nnte nur ausgeschlossen sein, wenn die Leistungserbringer eine offenkundige Fehlerhaftigkeit (wegen UnvollstÃ¤ndigkeit oder fehlender PlausibilitÃ¤t) der zugrunde liegenden Ã¤rztlichen Verordnungen hÃ¤tten erkennen kÃ¶nnen, etwa weil die Zahl der in den einzelnen Verordnungen angegebenen BehandlungsmaÃnahmen nicht der im Heilmittelkatalog vorgesehenen Mengengrenze entspricht *(BSG, Urteil vom 13.Â September 2011 â* B 1 KR 23/10 R*, SozR 4-2500 Â§Â 125 NrÂ 7)*. Denn nur in diesem Umfang wird vom

Leistungserbringer eine Ãberprüfung der vertragsÃ¤rztlichen Verordnung erwartet *(BSG, Urteil vom 13.Â September 2011, aaO RnÂ 15 aE; Senatsurteil vom 28. September 2022 â L 3 KA 2/18, juris)*. Die unrichtige Einstufung einer Verordnung durch den Vertragsarzt als Regelfall statt als Ausnahmefall â die sich durch das unrichtige Ankreuzen durch den KlÃ¤ger ergibt â berÃ¼hrt die GÃ¼ltigkeit der Verordnung dagegen nicht *(BSG, Urteil vom 15.Â November 2007 â B 3 KR 4/07 R, SozR 4-2500 Â§Â 125 NrÂ 4)*. Dies gilt umso mehr, als die Zahl der schon frÃ¼her vom KlÃ¤ger ausgestellten Verordnungen anhand der hier streitbefangenen Verordnungen des Jahres 2011 nicht erkennbar gewesen ist.

3. Zu Unrecht meint der KlÃ¤ger, seine Haftung fÃ¼r die fehlerhaft erstellten Verordnungen sei durch Besonderheiten im Zusammenhang mit einem frÃ¼heren Insolvenzverfahren ausgeschlossen.

a) Sein Einwand, er selbst hafte nicht fÃ¼r die Verordnungen des Jahres 2011, weil er in diesem Zeitraum lediglich scheinselbststÃ¤ndig in der Praxis tÃ¤tig gewesen sei, wÃ¤hrend in Wirklichkeit die U. GmbH EigentÃ¼merin, Betreiberin und âkaufmÃ¤nnische Entscheiderinâ der Praxis gewesen sei, trifft nicht zu. Hierauf kommt es schon deshalb nicht an, weil nicht diese GmbH, sondern allein er Inhaber der vertragsÃ¤rztlichen Zulassung fÃ¼r den Praxissitz in K. gewesen ist. Eine derartige Statusentscheidung nach Â§Â 95 SGBÂ V entfaltet Tatbestandswirkung in dem Sinne, dass BehÃ¶rden und Gerichte die dort getroffenen Regelungen als verbindlich hinzunehmen und ohne PrÃ¼fung der RechtmÃ¤Ãigkeit ihren Entscheidungen zugrunde zu legen haben *(BSG, Urteil vom 26.Â Januar 2022 â B 6 KA 2/21 R, SozR 4-2500 Â§Â 103 NrÂ 33)*. Hieraus folgt, dass er nicht nur medizinisch fÃ¼r die Entscheidung Ã¼ber Heilmittelverordnungen zustÃ¤ndig war, sondern als Inhaber der Zulassung auch rechtlich fÃ¼r die Folgen fehlerhafter Verordnungen einzustehen hat.

b) Auch insolvenzrechtliche Vorschriften entlasten ihn nicht von der Regresspflicht. Nach Beendigung des Insolvenzverfahrens kÃ¶nnte insoweit allenfalls noch die ihm im Oktober 2013 erteilte Restschuldbefreiung (Â§Â 301 InsO) von Bedeutung sein. Die Restschuldbefreiung befreit den KlÃ¤ger aber nur von solchen Schulden, die bis zur ErÃ¶ffnung des Insolvenzverfahrens entstanden sind, nicht dagegen von nach ErÃ¶ffnung des Insolvenzverfahrens â hier: im Jahr 1999 â begrÃ¼ndeten Neuverbindlichkeiten *(Riedel in: BeckOK Insolvenzrecht, 31. Edition, Stand: 15.Â April 2023, Â§ 301 InsO Rn 1.1; Stephan in: MÃ¼nchener Kommentar zur Insolvenzordnung, 4.Â Aufl 2020, Â§ 301 Rn 13).* Dies gilt auch fÃ¼r Masseverbindlichkeiten *(Bundesfinanzhof , Urteil vom 28. November 2017 â VII R 1/16, BFHE 260, 26).* Darauf, ob die Regressverpflichtungen gemÃ¤Ã Â§ 55 AbsÂ 1 NrÂ 1 Alt 2 InsO Masseverbindlichkeiten geworden sind, weil sie im Rahmen einer freiberuflichen Praxis entstanden sind, die mit EinverstÃ¤ndnis des Insolvenzverwalters, aber ohne Freigabe nach Â§Â 35 AbsÂ 2 InsO fortgefÃ¼hrt worden ist *(vgl hierzu BSG, Urteil vom 15.Â Juli 2015 â B 6 KA 30/14 R, SozR 4-2500 Â§Â 106 NrÂ 50),* kommt es deshalb ebenfalls nicht an.

4. SchlieÃlich greifen auch die sonstigen vom KlÃ¤ger gegen die Regressforderung erhobenen EinwÃ¤nde nicht durch.

a) Die Festsetzung des Regresses verletzt nicht den VerhÃ¤ltnismÃ¤Ãigkeitsgrundsatz. Denn Regressfestsetzungen im Falle unrichtiger Verordnungen, die zu VermÃ¶gensnachteilen bei einer Krankenkasse gefÃ¼hrt haben, sind geeignet und erforderlich, um diese SchÃ¤den auszugleichen und den Vertragsarzt zur kÃ¼nftigen Beachtung des vertragsarztrechtlichen Regelwerks anzuhalten. Mildere Mittel wie die VerhÃ¤ngung von DisziplinarmaÃnahmen wÃ¤ren schon zur entsprechenden Anleitung des Vertragsarztes nicht geeignet, weil diese sich gerade bei erstmaligen Verletzungen der HeilM-RL auf die niedrigschwelligen Sanktionen des Â§Â 81 AbsÂ 5 SGBÂ V (Verwarnung, Verweis, GeldbuÃe iHv maximal 10.000Â Euro) beschrÃ¤nken mÃ¼ssten und auÃerdem den entstandenen Schaden nicht ausgleichen kÃ¶nnten. Auch das BSG hat schlieÃlich eine UnverhÃ¤ltnismÃ¤Ãigkeit der VerhÃ¤ngung eines Regresses bei unzulÃ¤ssiger Verordnungsweise verneint *(Urteil vom 3.Â Februar 2010 â B 6 KA 37/08 R, SozR 4-2500 Â§Â 106 NrÂ 26)*.

b) Warum der Beklagte die sich aus Â§Â 35 Abs 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ergebende Pflicht zur BegrÃ¼ndung seines Bescheids verletzt haben soll, kann angesichts der umfÃ¤nglichen Darlegungen in Abschnitt 2 des Verwaltungsakts vom 7. Februar 2017 nicht nachvollzogen werden.

c) Weiterhin ist dem KlÃ¤ger â mit der Stellungnahme gegenÃ¼ber der PrÃ¼fungsstelle vom 21.Â Februar 2013 und der KlagebegrÃ¼ndung, die vorliegend der BegrÃ¼ndung des Widerspruchs gegenÃ¼ber dem Beschwerdeausschuss entspricht â auch ausreichend rechtliches GehÃ¶r gewÃ¤hrt worden. Warum sein Recht auf ein faires Verfahren verletzt worden sein soll, ist deshalb nicht erkennbar, zumal er sich erstinstanzlich auch anwaltlicher Hilfe bedient hat und damit rechtskundig vertreten gewesen ist.

C. Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm Â§Â§ 154 Abs 2, AbsÂ 3 und 162 Abs 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

GrÃ¼nde, die Revision zuzulassen (Â§ 160 Abs 2 SGG), sind nicht erkennbar.

Die Festsetzung des Streitwerts fÃ¼r das Berufungsverfahren folgt aus der Anwendung des Â§Â 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm Â§Â§ 47 Abs 1, 52 Abs 3 S 1 Gerichtskostengesetz (GKG).â

Erstellt am: 12.02.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024